TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Pierre MOIROUD

MARSEILLE
SOCIÉTÉ ANONYME DU SÉMAPHORE DE MARSEILLE
(ANCIENNE MAISON BARLATIER)
17-19, Rue Venture

1925

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PIERRE MOIROUD



MARSEILLE
SOCIÉTÉ ANONYME DU SÉMAPHORE DE MARSEILLE
(ANCIENNE MAISON BARLATIER)
17-19, Rue Venture
1925

TITRES

1° HOSPITALIERS

Hopitaux de Marseille

Externat : Concours 1908.
Internat : Concours 1909.
Internat 1910, 1911, 1912, 1913.
Chirurgien des Hôpitaux : Concours juin 1920.

2° UNIVERSITAIRES

Prosecteur a l'école de médecine de marseille : Concours mars 1912.

Travaux pratiques de médecine opératoire : Semestres d'été 1912, 1913, 1914, 1919, 1920.

Docteur en médecine : faculté de lyon, 3 juin 1913.

Professeur suppléant de chirurgie a l'école de médecine :

Concours Montpellier, 17 octobre 1921.

Cours de Pathologie Externe : Semestres d'hiver 1922-1923.

Chargé de la chaire de clinique de gynécologie à dater du 11 mai 1923.

3° RECOMPENSES UNIVERSITAIRES

Lauréat de la Société de Statistique de l'Isère, Faculté des Sciences de Grenoble P. C. N., juillet 1905.

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Marseille, juillet 1909.

4° DECORATIONS

Citation à l'ordre du jour de la 25e Division d'Infanterie, 9 août 1918.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. CHIRURGIE GÉNÉRALE

1. ABDOMEN. — TUBE DIGESTIF

Occlusion intestinale mécanique précoce au cours d'un abcès appendiculaire (en collaboration avec Payan). — *Gazette des Hôpitaux,* 21 décembre 1911.

Cette observation permet d'établir une distinction entre les occlusions intestinales survenant au cours d'une appendicite aiguë. Les unes sont paralytiques, consécutives à une péritonite diffuse ; les autres mécaniques sont produites par l'adhérence du grêle à l'abcès appendiculaire non rompu ; l'intestin a conservé toute sa puissance, ce qui se traduit par la présence d'ondes péristaltiques. Au point de vue opératoire, il est important dans ce cas de faire un diagnostic précoce.

Les tumeurs du mésentère. — *Gazette des Hôpitaux,* 31 août-7 septembre 1912). — Revue générale.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu, perforations de l'intestin, de la vessie, plaie de la prostate. — *Marseille Médical,* 15 mai 1912.

L'orifice d'entrée du projectile était à la fesse ; la guerre nous a appris la gravité de ces plaies où l'on rencontre des lésions viscérales nombreuses et profondes qui échappent à l'exploration. Ces faits étaient rares et peu connus à l'époque.

Tumeur para-intestinale (avec M. le Professeur Imbert). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 1er septembre 1913.

Sur un malade ayant présenté des crises douloureuses à répétition avec fièvre dans la fosse iliaque droite et opéré pour appendicite à froid, on trouve une tumeur grosse comme une mandarine, adhérente à l'angle droit, du colon et au grand épiploon. Un peu de pus s'en écoule. Des manœuvres de libération permettent de l'enlever et avec elle une partie de la musculeuse intestinale, la muqueuse n'est pas ouverte. Suture en deux plans de la paroi de l'intestin. Guérison.

Histologiquement, le diagnostic est hésitant entre tumeur inflammatoire et sarcome à cellules fusiformes et arrondies.

Rupture d'une hernie ombilicale au cours d'une volumineuse ascite (en collaboration avec M. Roux de Brignoles). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 15 mai 1914.

Cure radicale des hernies par la suture perdue au fil d'argent (en collaboration avec M. Roux de Brignoles). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 15 mai 1915.

Exemple de la tolérance des tissus pour les fils d'argent en cas de suppuration de la plaie.

Contusion violente de l'abdomen avec large plaie de la paroi, plaies multiples avec éviscération du grêle, hémorragie peu abondante. Absence de Shock. — Société de Chirurgie, 24 novembre 1919, *Marseille Médical,* 15 janvier 1920.

Occlusion intestinale aiguë haute du grêle par abcès du mésentère. Laparatomie. Guérison. — Société de Chirurgie, 8 décembre 1919. *Marseille Médical,* 15 décembre 1919.

L'occlusion devient complète après une série de crises douloureuses de subocclusion. Un paquet d'anses intestinales étaient rapprochées à leur base par un mésentère épaissi qui renferme profondément près de sa racine un abcès sur lequel venait se fixer et s'aplatir une ance grêle. L'origine de cet abcès reste imprécise, adénopathie suppurée, diverticulite ?

Ulcération intestinale et ileus spasmodique. — Société de Chirurgie, *in Marseille Médical,* 1er avril 1921.

Rôle joué par le spasme qui peut à lui seul rendre complète une occlusion dont la cause anatomique n'était pas suffisante pour provoquer la disparition de la lumière intestinale : dans le cas rapporté, il s'agissait d'ulcération bacillaire.

Biloculation gastrique par ulcus ancien de la petite courbure. Gastro-gastrostomie. — Société de Chirurgic, 10 décembre 1923, *in Marseille Médical* 1924, p. 88.

Intervention simple qui, dans les cas compliqués avec adhérenccs postérieures étendues et volume égal des deux poehes, donne à peu de frais d'excellents résultats.

Fibrome de la paroi abdominale. — Société de Chirurgie, 12 mai 1924, *Marseille Médical,* p. 882.

Tumcur rare : fibrome pur dévcloppé dans la gaîne du grand droit aux dépens d'une intersection aponévrotique.

Péritonite chronique adhésive et occlusion aiguë du grèle anastomose iléo transverse, guérison. — Société de Chirurgie de Paris. *Rapport* de M. Ockinczyc, 21 juin 1924, p. 696.

Exemple des excellents résultats obtenus par l'entéro-anástonose dans certains cas d'occlusion aiguë. Les manœuvres brutales de dissociation des adhérences sont évitées ; la ponction évacuatrice de l'intestin à l'aide d'un appareil aspirateur facilite l'anastomose et diminue le shock toxique par la disparition des liquides intestinaux de stase.

Amputation périnéo-abdominale du rectum pour cancer. — Société de Chirurgie de Marseille, 12 janvier 1925.

Dans l'opération combinée pour cancer du rectum, l'exérèse est parfois grandement faeilitée par le début périnéal : les manœuvres abdominales sont ainsi moins nombreuses, ct le temps opératoire raccourci.

Thrombose de la veine mésentérique supérieure. — Société Anatomique de Paris, 5 juillet 1924.

Chez une femme présentant un syndrome d'occlusion intestinale aiguë, on constata à l'intervention un infarctus intestinal du grêle sur une longueur d'environ deux mètres et une thrombose limitée uniquement à la veine mésentérique supéricure avec intégrité de l'artère.

L'intérêt de ce cas est surtout d'ordre histologique. En dehors des lésions classiques des parois veineuses mésaraïques, l'examen du parenchyme hépatique montra une sclérose ancienne des espaces, porte avec une oblitération des vaisseaux intéressant tout particulièrement les branches de la veine porte.

Il semble donc s'agir d'une thrombose mésaraïque secondaire à une ancienne lésion de cirrhose hépatique.

Sarcome du grand épiploon. — Société Anatomique de Paris, 5 juillet 1924.

Exemple d'une tumeur rare du grand épiploon, sarcome primitif fibroblastique, histologiquement d'une malignité moindre que les sarcomes fuso-cellulaires typiques.

Cliniquement il s'agissait d'ascite volumineuse, rouge, sans lésion cardio-rénale ou hépatique, symptomatique d'une tumeur abdominale de siège difficile à préciser avant la laparotomie exploratrice.

Deux observations de sérothérapie antigangréneuse préventive post-opératoire (avec le docteur Aubert). — Société de Chirurgie de Marseille, *in Presse Médicale* 1925, n° 32, p. 528.

L'application locale des sérums antigangréneux de l'Institut Pasteur suivie de leur injection hypodermique, permet d'annihiler la menace de septicémie dans les cas de contamination septique au cours de l'acte opératoire.

Les deux observations rapportées concernant deux cas de chirurgie du gros intestin paraissent démonstratives.

Tumeur inflammatoire du grèle, complication d'annexite, occlusion intestinale aiguë, anastomose iléo-transverse, guérison. — Société de Chirurgie de Paris. *Rapporteur*, M. Ockinczyc. Bulletin 11 avril 1925.

Les lésions recto-sigmoïdiennes sténosantes sont bien connues comme complications des lésions annexielles inflammatoires. Elles sont exceptionnelles sur le grêle.

2. FOIE

Les indications opératoires dans les cholécystites, *in Marseille Médical,* 15 mai 1923, pp. 501 à 530.

Conférence faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône en 1923, pour exposer à des médecins praticiens une question chirurgical d'actualité.

Tuberculome du foie. — Société de Chirurgie, 31 mars 1924, *Marseille Médical,* p. 645.

Cette observation permet de saisir le passage de la tuberculose intra-hépatique à l'abcès pariétal qui la complique si souvent et qui la révèle ; le développement d'adhérences nombreuses en est le signe.

Il est difficile en cours d'intervention de faire le diagnostic entre noyau cancéreux isolé et tuberculome : peut-être la présence d'adhérences serrées est-elle un signe différentiel, en faveur de la tuberculose.

Deux observations d'opérations rares sur les voies biliaires. — *Rapporteur,* M. Lecène. — Société de Chirurgie de Paris, 18 mars 1925.

Il s'agit dans l'une de lithiase infectée des voies biliaires principales : opération en deux temps ; guérison. Le premier temps consiste dans le drainage simple de l'hépatique, l'extirpation des calculs se fit ultérieurement après désinfection locale et amélioration de la malade.

La seconde observation rapporte un cas d'hépatoduodénostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'ampoule de Vater : guérison.

3. GYNÉCOLOGIE

Volumineux kyste du parovaire à type rétro-péritonéal (en collaboration avec M. le professeur Guérin-Valmale). — Société de Chirurgie. *Marseille Médical,* 15 avril 1913.

L'isolement du kyste qui remontait jusqu'au pôle inférieur du rein gauche n'a pas été suivi d'aucun trouble post-opératoire du côté de l'urétère ou de l'intestin. Le décollement du mésocolon iléo-pelvien doit être poussé très haut. Dans les cas difficiles Bérard et Patel ont proposé la résection de l'intestin.

De l'hématométrie latérale simple sans hématosalpinx ni hématocolpos (dans les cas de bifidité utérine). — *Thèse* de Lyon, juin 1913, 127 pages.

Essai de mise au point des manifestations cliniques de la rétention sanguine dans les utérus doubles. Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans les malformations utérines, il existe des cas où la rétention sanguine est limitée à la cavité utérine, les trompes, ni le vagin, n'étant pas dilatés par le sang menstruel ; on les désigne sous le nom d'hématométrie latérale simple.

2° Cette hématométrie peut se développer non seulement dans une corne utérine bien conformée, mais encore dans une corne rudimentaire :

Dans le premier cas, on constatera une tumeur de volume appréciable ; si la rétention est cantonnée au col, il s'agit d'un hématomètre cervical ; il y aura hématomètre total, si corps et col participent à la dilatation.

Dans le second cas, la tumeur est souvent de petite dimension, et n'est quelquefois reconnue qu'à l'intervention ; il

s'agit d'hématométrie latérale minuscule. La corne rudimentaire peut revêtir trois aspects suivant qu'elle est pédiculée, sessile ou incluse dans l'épaisseur du muscle utérin.

3° Cliniquement, trois grands symptômes caractérisent l'hématométrie latérale :

a) Des troubles menstruels divers.

b) Des phénomènes de dysménorrhée ; ces douleurs liées à la rétention sanguine ont pour caractère particulier de n'apparaître qu'après le début de l'époque menstruelle et d'être unilatérales.

Une dysménorrhée extrêmement pénible constitue souvent le seul signe de l'hématométrie minuscule.

c) Une tumeur juxta-utérine, revêtant les aspects d'une tumeur incluse dans le ligament large, au niveau de laquelle on peut sentir une ou plusieurs contractions ; ce dernier caractère, que nous n'avons vu signalé nulle part, est de la plus grande importance et doit être recherché très attentivement.

4° Pour le diagnostic, nous considérons les deux éventualités suivantes :

a) Les phénomènes douloureux sont prédominants : il faudra différencier les douleurs liées à l'hématométrie (le plus souvent minuscule), de celles dues à une dysménorrhée ovarienne utérine par flexion de l'organe ou par sténose du canal cervico-utérin.

b) Il existe une tumeur : si l'on a constaté des contractions, il faudra envisager la possibilité d'une grossesse (avant l'apparition des bruits du cœur fœtal) dans une corne accessoire, ou à une grossesse ectopique.

Si l'on n'a pas eu de contractions, la consistance variable de la poche, liquide ou solide, guidera dans l'étude du diagnostic.

5° Supprimer la poche, cause de douleurs et de troubles génitaux, tout en conservant à la femme sa fonction sexuelle, tel est le but du traitement.

L'hémithystérectomie est l'opération de choix.

L'hystérectomie totale avec conservation d'un ovaire ou d'un fragment de glande, est l'intervention à laquelle les nécessités opératoires conduiront souvent.

La massupialisation de la poche ou la castration bilatérale restent des interventions de nécessité et d'urgence.

Tumeur à fibres musculaires lisses éliminée spontanément par une plaie de laparotomie (avec M. le professeur Imbert). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 15 août 1915.

Chez une femme présentant des phénomènes infectieux péri-utérins, on fit, après colpotomie blanche une laparotomie sous-ombilicale. On trouve un utérus gros comme un utérus gravide de 5 mois, violacé, congestionné, fluctuant, impossible à extérioriser. Par une ponction au bistouri, s'écoule un liquide séro-hématique d'aspect louche. Fermeture de la paroi et draînage. La plaie suppure et le 25e jour s'élimine spontanément une masse arrondie constituée par des fibres musculaires longitudinales et plexiformes. Après cicatrisation, le toucher montre l'utérus bien en place.

Il s'agit d'un fibrome de la paroi antérieure du corps utérin qui après infection s'est éliminé spontanément par un phénomène comparable à l'expulsion d'un séquestre osseux.

Coexistence de cancer du col et de tuberculose de la trompe. — Société de Chirurgie, 3 décembre 1923, *Marseille Médical* 1924, p. 87.

Contrôle histologique des lésions. Il y avait des adénopathies iliaques qui n'existaient plus au cours d'une seconde intervention pour éventration. A propos de ce cas, se pose la question des adénopathies inflammatoires contemporaines des néoplasmes.

Fibrome et grossesse. — Société de Chirurgie, 19 mai 1924. *Marseille Médical,* p. 882.

Intervention décidée dans un cas de rétroflexion irréductible d'un utérus gravide. Impossibilité de faire la myomectomie en raison de la longueur d'implantation du fibrome sur la paroi antérieure de l'utérus.

Les indications opératoires dans les fibromes utérins. — *In Revue Médicale de France et des Colonies,* mai 1924, pp. 613 à 628.

Conférence faite en 1924 au Comité Médical des Bouches-du-Rhône pour exposer à des médecins praticiens une question chirurgicale d'actualité.

Volumineux kyste ovarique inclus dans le ligament large droit. — Société de Chirurgie de Marseille, 29 avril 1925.

Type de ces tumeurs kystiques volumineuses (6 à 7 litres) incluses dans le ligament large qui comportent des difficultés techniques considérables pour le dégagement du gros intestin, la libération de l'uretère et un pronostic post-opératoire sérieux.

A propos d'un cas d'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale. — Société de Chirurgie de Marseille, 4 mai 1925.

On connait la thérapeutique bien souvent désespérante de l'infection puerpérale. L'hystérectomie vaginale ne permit pas ici de sauver la malade.

Les constatations anatomo-pathologiques valent d'être retenues.

Sur une coupe de la paroi utérine les lésions sont essentiellement et primitivement localisées au système veineux qui apparaît dans son ensemble dilaté et gorgé de sang. En opposition avec la thrombo-phlébite oblitérante, les artérioles se montrent non altérées, non oblitérées et vides de sang. Le muscle utérin présente une infiltration œdémateuse interfasciculaire très marquée ; il n'y a pas dans ces zones de germes microbiens décelables par la coloration de Gram.

Ainsi l'infection puerpérale se montre comme frappant d'une façon élective et précoce le système veineux. Cette thrombo-phlébite d'abord intra-pariétale, gagne les veines du ligament large puis les hypogastriques. L'on comprend donc que certains auteurs (Proust) aient préconisé et exécuté avec succès la ligature-barrage des veines hypogastriques dans le traitement de l'infection puerpérale.

4. GLANDE MAMMAIRE

Association d'une tumeur adéno-conjonctive du sein et de ganglions tuberculeux de l'aisselle. Erreur clinique. — Société Anatomique de Paris, 5 juillet 1924.

Seul l'examen histologique a permis de vérifier une erreur clinique qu'il était impossible d'éviter (tumeur du sein à développement rapide s'accompagnant de quatre gros ganglions axillaires durs et bien distincts).

Il faut systématiquement faire l'examen histologique et de la tumeur mammaire et des ganglions. Nous n'y trouvons pas seulement un intérêt scientifique, mais des éléments importants pour le pronostic. Ce n'est point encore une pratique générale.

Les statistiques de guérison à longue portée de cancer du sein ne comportent-elles pas des cas pareils au nôtre où l'on s'est contenté d'un simple examen macroscopique tant le diagnostic paraissait évident à la vue.

5. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Les hématuries de la grossesse (en collaboration avec Henri Dor) (*in memorian*). — *Province Médicale,* 30 mars 1912.

Les vraies hématuries de la grossesse sont celles qui surviennent, reparaissent et cessent avec elle en l'absence de lésions communes, uniquement et exclusivement sous sa dépendance.

Il faut les distinguer des hématuries pendant la grossesse relevant de lésions communes des organes urinaires pour qui la grossesse est une circonstance aggravante.

Noma de la vulve traité et guéri par l'enfumage iodé. — *Marseille Médical,* 15 mars 1912.

La rapidité de la guérison obtenue par les vapeurs d'iode dans une affection difficilement curable, justifie la publication de cette observation.

De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes. — *Marseille Médical,* 1er mai 1912.

Ces observations sont les premières où l'on ait employé l'enfumage iodé dans le traitement des ulcérations vénériennes.

Il faut distinguer deux phases :

1° La première, de phagédénisme et de suppuration où l'enfumage donne d'excellents résultats, les vapeurs iodées étant antigangréneuses, résolutives, calmantes.

2° La seconde, période de cicatrisation, où il faut cesser emploi des vapeurs qui sont de peu d'action sur la cicatrisation et parfois nuisent car elles produisent, à la longue, une irritation du derme voisin.

Syphilome du testicule (avec M. le professeur Imbert). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 15 septembre 1915.

Castration faite pour gros testicule avec le diagnostic de tumeur maligne. L'examen histologique démontra que c'était l'aspect d'une lésion syphilitique tertiaire, en particulier du syphilome gommeux diffus. Utilité dans ces cas du traitement spécifique.

Tuberculose rénale fermée. — *Marseille Médical,* 1er août 1914.

Exemple de tuberculose rénale fermée où malgré une oblitération de l'urétère sur toute sa hauteur, les lésions rénales étaient très accusées et en pleine évolution. Le rein gauche était macroscopiquement sain. La malade présentait des lésions pulmonaires bilatérales à un stade très avancé. La tuberculose rénale fermée est loin d'être toujours une tuberculose guérie.

6. APPAREIL CIRCULATOIRE

Anévrisme poplite bilatéral. — *Marseille Médical* 1911, p. 4.

Chez un vieillard de 77 ans, à l'occasion d'une gangrène de la jambe droite, on découvre l'existence dans chaque creux poplité d'un anévrisme artériel. La dissection des pièces permet de constater que l'artère sur tout son trajet était flexueuse, avec trois poches séparées par de profondes incisures et pleines de caillots. Ce malade présentait une dilatation des fémorales à leur origine.

Plaie du cœur (avec M. le docteur Juge). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 15 août 1913.

Une plaie pénétrante du ventricule droit par coup de couteau ne s'est pas accompagnée d'hémorragie immédiatement mortelle.

L'hémostase s'est faite par un caillot qui s'est détaché spontanément au début de l'anesthésie. Pendant les grands mouvements d'agitation observés, une hémorragie très abondante et rapidement mortelle s'en est suivie.

Plaie de la veine fémorale, ligature, guérison (avec M. le docteur Juge). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical,* 1er février 1914.

Discussion sur la suture et la ligature.

Anévrisme de la fémorale. — *Marseille Médical,* 15 mai 1914, Société de Chirurgie.

Tumeur fusiforme, allongée, de 8 centimètres de long et très dure ; elle est oblitérée par des caillots fibrineux anciens avec au centre un mince couloir vasculaire. Pareille tumeur dure sans battements peut à l'aine prêter à de nombreuses erreurs de diagnostic.

7. APPAREIL RESPIRATOIRE

Pyo-pneumothorax à streptocoques et fistule bronchique. — Société de Chirurgie in *Marseille Médical*, 1er février 1921.

Le simple draînage de la plèvre, mais après ouverture large de la paroi, a amené la guérison.

Suppuration pulmonaire non tuberculeuse, guérison après décollement pleuro-pariétal. — Société de Chirurgie, 30 juin 1924, in *Marseille Médical*, p. 1050.

Cavité de la partie moyenne et postérieure du poumon droit; présence d'une flore polymicrobienne ; onze fois la recherche du bacille de Koch a été négative.

Guérison obtenue en trois mois par l'affaissement de la cavité à l'aide du décollement pleuropariétal et se maintenant depuis quinze mois (contrôle radiographique et clinique).

8. SYSTÈME NERVEUX

Formes cliniques et traitement du tétanos. — Revue générale : *Gazette des Hôpitaux*, 27 mars et 3 avril 1920.

Epilepsie traumatique et fissure de la voute. — Société de Chirurgie, *Marseille Médical*, 1er juin 1921.

L'épilepsie jacksonienne peut, en dehors de toute compression, être causée par une hémorragie méningée et disparaître à la suite d'une simple trépanation décompressive sans ouverture de la dure-mère.

Fibrome du nerf radial. — Société de Chirurgie, *Marseille Médical*, 1er juin 1921.

Exemple de petite tumeur fibreuse pure. extraite par simple dissociation fasciculaire : guérison.

9. LÉSIONS DES OS DES ARTICULATIONS

Traumatisme du poignet (avec M. le professeur Imbert). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical*, 1er septembre 1913.

Rareté de la lésion anatomique. Luxation en avant du semilunaire suivi du scaphoïde, celui-ci n'étant pas fracturé. La gravité de l'état général du malade, une pneumonie ne permirent d'intervenir qu'au 25e jour: l'ablation des deux osselets fut pratiquée. Aucun résultat fonctionnel favorable.

Fracture condylienne de l'extrémité inférieure du fémur par pénétration et engrènement (avec M. le docteur Roux de Brignoles). — Société de Chirurgie, *Marseille Médical*, 1er février 1914.

Variété rare de fracture où la diaphyse pénètre dans l'épiphyse, qu'elle ne fait pas éclater ; celle-ci est élargie, basculée en avant. La malade fut envoyée avec le diagnostic de luxation en arrière du genou.

A propos d'une fracture de Dupuytren haute avec diastasis accentué. — Société de Chirurgie, 22 mars 1920, *Marseille Médical*, 15 mai 1920.

Le pied était en luxation externe complète : Réduction sous anesthésie et radioscopie. L'immobilisation fut prolongée plus de 50 jours pour permettre la reconstitution de la mortaise par synostose tibio-péronière, or ce long délai est facteur d'ankylose particulièrement grave ici. Mieux vaut en pareil cas intervenir opératoirement par vissage ou enclouage des deux épiphyses.

L'amputation de cuisse dans les écrasements de jambe avec état de schock. — Société de Chirurgie in *Marseille Médical*, 1er mai 1921, in thèse E. Acquaviva, Montpellier 1922.

Deux observations qui viennent à l'appui de la théorie du choc d'origine toxique et qui justifient l'utilité de l'amputation précoce, en certains cas.

Luxation de l'épaule avec fracture du col anatomique et énucléation de la tête dans l'aisselle. Extirpation secondaire. — Société de Chirurgie in *Marseille Médical,* 1er août 1921, in *Thèse Isnel,* Montpellier 1921.

Luxation antérieure du scaphoïde carpien. — Société de Chirurgie, 10 avril 1922, in *Marseille Médical,* p. 828.

Exemple d'une variété de traumatisme carpien, rare par rapport aux luxations du semi-lunaire et à la fracture du scaphoïde. Nécessité de l'extirpation de l'osselet.

A propos du traitement sanglant des fractures fermées de jambe. — Comité Médical des Bouches-du-Rhône, 23 décembre 1921.

Quelques cas de résultats satisfaisants obtenus par l'ostéosynthèse dans certaines variétés de fractures de jambes.

Vaccinothérapie et arthrite suppurée du genou. — Société de Chirurgie, 10 mai 1922, in *Marseille Médical,* p. 835.

La vaccinothérapie associée à la ponction articulaire du pus et au lavage à l'éther, ont amené dans un cas grave la guérison sans arthrotomie, chez un enfant.

Tuberculose sterno-costo-claviculaire avec abcès fistulisé. Intervention sanglante. Guérison rapide. — Société de Chirurgie de Paris. *Rapport* de M. Albert Mouchet.

L'acte chirurgical permet d'agir sur les prolongements médiastinaux des abcès qui ne sont pas influencés par les injections modificatrices : il amène ainsi une guérison plus rapide et plus sûre.

Essai de traitement des cavités d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia par des greffes ostéo-périostées. Deux cas. Résultat après la deuxième année. — Société de Chirurgie de Paris. *Rapport* de M. Albert Mouchet.

Les examens radiographiques faits tous les six mois montrent que le greffon ostéo-périosté a pris toutes les apparences de l'os vivant : il s'est formé sur une des parois de la cavité une large zone d'os nouveau qui renforce la solidité du tibia compromise en ce point.

II. CHIRURGIE DE GUERRE

Contribution à l'étude des plaies de poitrine en chirurgie de guerre. — *Rapport* de M. Tuffier. Société de Chirurgie de Paris. Bulletin du 18 mai 1915, p. 1057.

Il s'agit dans ces observations d'une distinction à établir entre les plaies pénétrantes de poitrine avec lésion pulmonaire et les plaies pariétales susceptibles de complications pleurales sans lésion pulmonaire. Celles-ci sont dues à une lésion de la plèvre, qu'elles soient primitives ou secondaires à la chute d'une escarre. Il existe dans une lésion primitive de la plèvre, sinon par le projectile, au moins par la fracture de côtes due au projectile lui-même.

Neuf observations de plaies articulaires du genou. — *Rapport* de M. Tuffier à la Société de Chirurgie de Paris. Bulletin du 4 juillet 1916, p. 1619.

Ce sont les premières observations présentées avec celles de Loubat à la Société de Chirurgie, où l'on préconise dans le traitement des plaies articulaires du genou sans délabrements très graves l'ouverture précoce de l'articulation, sa désinfection mécanique et chimique, et sa suture avec ou sans drainage.

Dans les cas simples (plaies punctiformes avec hémarthrose) la ponction suivie du lavage articulaire à l'éther suffit, sous le couvert de l'examen bactériologique du liquide. La résection primitive doit être réservée aux cas avec destruction osseuse.

Résultats éloignés d'interventions conservatrices pour fracas articulaires du coude. — *Rapport* de M. Mouchet. — Société de Chirurgie de Paris. Bulletin du 18 juin 1918, p. 1021.

Pour éviter un coude ballant on peut dans les fracas articulaires où il semblerait au premier abord que la résection

s'impose, employer un traitement conservateur avec suture primitive à la condition d'opérer de bonne heure et d'enlever toutes les parties mortifiées.

Les deux blessés suivis un temps très long présentaient l'un 70° de flexion, 120° d'extension, l'autre 90° de flexion, 125° d'extension. Ces coudes partiellement enraidis sont infiniment préférables à des coudes ballants.

Plaie pénétrante de l'abdomen par éclat d'obus. Résection intestinale. Entérorraphie circulaire. Perforation du gros intestin. Guérison. — Réunion médicale du 20 octobre 1915 (VIe armée).

A propos de cette observation, l'auteur discute quelques points du diagnostic et du traitement des plaies de l'abdomen. Il pense que :

1° L'état de Shok est ici un état hémorragique le plus souvent.

2° La difficulté opératoire réside dans l'exploration minutieuse de tout l'abdomen ; ne pas laisser échapper de lésions est le grave problème.

3° L'entérorraphie circulaire est plus rapide et plus physiologique.

Hématome diffus et non pulsatile du cou. Plaies de la jugulaire interne et de la carotide primitive. Ligature. Guérison. — Réunion médicale de la VIe Armée, 20 octobre 1915. La *Presse Médicale* du 30 décembre 1915.

Il importe d'explorer systématiquement toute plaie d'une région vasculaire importante par petits éclats même sans hémorragie. Ne jamais se retrancher derrière le symptôme trompeur de l'hémostase spontanée. Exemple de ligature précice de la jugulaire interne et de la carotide primitive (cinq heures après la blessure) sans accidents cérébraux.

Les plaies de parties molles par projectiles d'artillerie et leur premier traitement (en collaboration avec H. VIGNES). — *Journal des Praticiens,* 21 août 1915.

Après une étude anatomique et pathologique sur les plaies par gros et petits éclats, quelques points de thérapeutique sont précisés :

1° Le premier traitement doit être mécanique et non antiseptique, c'est dire le rôle que nous faisions jouer au débridement à l'excision des tissus morts, nous élevant contre l'inondation des plaies par un antiseptique.

2° Ce qui cst dangereux c'est plus les débris vestimentaircs que le corps étranger lui-même.

Les enlever attentivement. Nous ne disposions pas encore de l'installation radiographique qui à cette époque était l'exception dans les formations de l'avant. Chercher le projectile si loin qu'on le peut, mais ne pas s'obstiner dans cette recherche en faisant à l'aveugle des incisions exploratrices.

3° Faire une hémostase soignée ; le sang est un aussi grand ennemi que les débris de vêtement.

Appareil pour fracture ouverte de cuisse (en collaboration avcc H. VIGNES). — *Journal des Praticiens,* 11 septembre 1915.

Essai pour aboutir au seul traitement corrcct des fractures de cuisse, l'immobilisation avec extension.

Echappe plâtrée pour traumatisme grave de l'épaule compliquée de plaie axillaire (en collaboration avec H. VIGNES). — *Journal des Praticiens,* 30 octobre 1915.

Pour laisser découverte la région humćro-pectorale il faut faire un corset, point d'appui thoracique, sur lequel on fixera, par deux armatures métalliques, l'avant-bras, le bras étant porté en abduction.

Deux observations d'hémorragie secondaire au cours de l'évolution des fractures de cuisse par projectiles de guerre (en collaboration avec H. Vignes). — Réunion médicale VI[e] Armée, 12 janvier 1916. *La Presse Médicale,* 13 mars 1916.

Plaidoyer en faveur de la ligature à distance. Celle-ci a fait diminuer d'une façon rapide la suppuration.

A propos de la production des bourgeons et de l'épiderme dans les plaies de guerre (en collaboration avec H. Vignes). — Société de Biologie, 3 décembre 1915, p. 608.

Dans une plaie débridée et nettoyée, sans excision des parties mortifiées, on peut distinguer trois périodes :

1° Période caractérisée par des phénomènes de mortification cellulaire qui sont plus ou moins massifs, tantôt simple noire de cellules nécrosées, tantôt sphacèle plus profond.

2° Période de détersion caractérisée par la présence d'un enduit puriforme qui traduit l'intervention des éléments phagocytaires. Alors apparaissent les premiers bourgeons macroscopiques. Cette période dure jusqu'à ce que se produise une débâcle purulente qui élimine les éléments nécrosés.

3° La troisième période est essentiellement celle du bourgeonnement. Toute la plaie va se recouvrir de bourgeons, mais toujours les bourgeons les plus gros apparaissent dans les zones déclives et les choses se passent comme si les bourgeons culminants excitaient la croissance des bourgeons déclives. Il y a lieu de supposer que ces substances actives proviennent des polynucléaires qui tapissent les bourgeons.

Quant à l'épidermisation, après avoir débuté à la phase de nécrose cellulaire sous la forme d'un liseré périphérique au point culminant de la plaie, elle subit un temps d'arrêt ; et reprend quand la plaie est comblée, unie, presque sans bourgeons, il semble qu'il y ait action inhibitrice de ce qui fait bourgeonner sur ce qui fait épidermiser.

Etude biologique de deux plaies gangréneuses traitées par la méthode Carrel (en collaboration avec Noël Fiessinger). — Réunion médicale de la VI[e] Armée, 25 janvier 1916. *Paris Médical,* 16 septembre 1916, p. 242.

Dans la plaie de guerre le microbisme, à notre avis, est fonction de l'étendue des lésions attritives.

Les hypochlorites agissent comme agents de lessive chimique. Ils exercent une action antiseptique indirecte, en liquéfiant les tissus isolés loin de l'irrigation sanguine et en facilitant ainsi leur exode dans le pansement.

Action des antiseptiques et plus spécialement des hypochlorites alcalins sur les leucocytes du pus et les albumines constituées des plaies de guerre (en collaboration avec Noël Fiessinger). — *Annales de Médecine,* avril 1916, pp. 133-155.

En prenant le pus et son leucocyte comme éléments témoins nous avons divisé les antiseptiques en :

1° Pyopexiques, tels l'eau phéniquée à 4/100°, l'eau iodée au 1/100°, le sublimé au 1/1000°, l'éther sulfurique, qui fixent le leucocyte du pus en lui imprimant des rétractions, des coagulations, mais sans provoquer aucune fonte leucocytaire.

2° Pyolytiques, qui distendent le cytoplasme, dissolvent les granulations leucocytaires, dilatent le noyau et le fondent. Ils ont l'avantage de favoriser la liquéfaction du pus, des globules rouges, des caillots, en somme des albumines constituées des plaies de guerre.

Les hypochlorites sous leurs deux formes thérapeutiques, liqueur de Labarraque, liqueur de Dakin, en sont le type.

L'action dissolvante est due à la soude ; elle est plus marquée dans la liqueur Labarraque où il existe un excès de soude libre, que dans le Dakin où cet excès est neutralisé par l'acide borique.

Etude sur le pus en chirurgie de guerre par la méthode de la pyoculture du professeur Pierre Delbet (en collaboration avec Noël FIESSINGER). — Société de Pathologie comparée, 16 mars 1916.

Ces quelques recherches faites dans une ambulance divisionnaire, sur des blessés récents (45 malades observés) nous ont amené aux conclusions suivantes :

La méthode peut donner des résultats pleins d'intérêt, mais pour les juger, il faut sagement tenir compte d'un principe primordial, c'est qu'il s'agit d'une méthode de laboratoire et qu'une méthode de laboratoire n'est jamais infaillible. Les résultats sont intangibles, mais la manière de les apprécier et la conclusion à en tirer sont affaire de raisonnement, c'est là que réside le côté fragile de la méthode.

Les résultats en série de la pyoculture fournissent des renseignements utiles qui, associés aux symptômes cliniques, peuvent constituer un argument dans la discussion chirurgicale.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen. — Préface de M. le Médecin Inspecteur NIMIER. In *Pratique de la Chirurgie de Guerre aux Armées.* Vigot Frères, Editeur, Paris 1916.

Voici les conclusions de cet article : « Il existe deux chirurgies de guerre, celle des périodes de repos ou de stationnement qui comporte l'application de tous les principes chirurgicaux de paix, la vraie, et celle des phases actives pendant laquelle souffriront encore vraisemblablement encore et quoi qu'on fasse, les blessés de l'abdomen.

Index de chirurgie de guerre (en collaboration avec H. VIGNES). — *Revue* de Pathologie comparée. Maloine Editeurs.

Comme nous l'indiquions par ces mots en sous-titres « Bibliographie analytique des travaux récents », il s'agit d'une mise au point d'une question de chirurgie de guerre d'après les diverses publications parues dans la presse médicale française ou alliée, les observations présentées aux réunions médicales d'armée.

Nous avons fait œuvre analytique empruntant à chaque auteur ses idées, sa manière de faire, classant les documents ainsi recueillis chapitre par chapitre, comme dans un article de traité :

1° La gangrène gazeuse, 1 fascicule de 35 pages, octobre 1915.

2° Les plaies de l'abdomen, 1 fascicule de 26 pages, mars 1916.

3° Les plaies du genou, 1 fascicule de 59 pages, mars 1917.

4° Les plaies de poitrine, 1 fascicule de 135 pages, mars 1918.

III. ANATOMIE

Hernie diaphragmatique embryonnaire (avec F. Corsy). — *Marseille Médical,* 1er avril 1913.

A propos de la coexistence d'un vrai et d'un faux diverticule de Moeckel (avec F. Corsy). — *Marseille Médical,* 1er avril 1913.

Le faux diverticule était situé sur le duodénum non loin de l'angle duodéno-jéjénal, il est entouré par le pancréas de toutes parts, sauf au niveau de sa paroi antérieure : 21 millimètres de long sur 18 millimètres de large.

Est-ce un faux diverticule ? Il a toutes les apparences de la hernie tuniquaire, minceur des parois, forme globulaire irrégulière, absence meso mais il n'est pas intra-mésentérique.

Anomalies exceptionnelles dans le domaine de la veine cave inférieure, coexistence de la veine cave et de deux cardinales. Anomalies du trajet de l'urétère droit (avec F. Corsy). — *Marseille Médical,* 15 avril 1920.

En plus de l'anomalie veineuse, très exceptionnelle, veine cave bien formée avec persistance de deux cardinales postérieures, l'urétère droit présente une situation anormale, il croise dans la première partie de son trajet la face postérieure de la veine cave, la contourne sur son bord interne, croise sa face antérieure pour venir atteindre sa position normale, après un long trajet en spirale.

Un cul de sac ventriculaire extra-laryngien. — *Marseille Médical,* 1er mai 1920.

De quelques anomalies de l'artère hépatique. Leur importance chirurgicale. — *Marseille Médical*, 1er mai 1920.

Il s'agit surtout des anomalies par dédoublement du segment ascendant ou hépatique propre.

On peut rencontrer des positions suivantes :

1° L'artère droite suit, dans le pédicule hépatique, un trajet qui ne diffère en rien de celui d'une hépatique ordinaire.

2° L'artère croise, sur sa face antérieure le conduit biliaire et vient se mettre en rapport avec son côté droit.

Ce croisement peut se faire au-dessus ou au-dessous de l'abouchement du cystique.

Au-dessus : C'est le plus souvent. L'artère parcourt l'aire du triangle biliaire et entre en rapport plus ou moins intime avec l'hépatique, le cystique, le col de la vésicule ; elle est un danger dans la cholécystectomie faite de haut en bas.

Au-dessous. Fait exceptionnel, ce croisement se fait à plus ou moins grande distance du duodénum. L'artère suit sur son côté droit le conduit biliaire, qui se trouve ainsi accompagné sur tout son trajet par deux parallèles artériels.

Connaissant ces anomalies, il sera donc sage de toujours explorer le pédicule hépatique pour y saisir des battements artériels anormaux révélateurs d'anomalies vasculaires.

Société Anonyme du Sémaphore de Marseille, 17-19, Rue Venture

Suppuration non tuberculeuse guérie par décollement pleuro pariétal. Résultat après la 3ème année.

Trois observations de plaie des hypocondres par balle de révolver, avec lésions viscérales multiples.

Société de Chirurgie de Paris

13 Octobre 1926

Rapporteur : Monsieur ROUX-BERGER

Sur le traitement du Mal de Pott par les greffes ostéo-périostées.

Soc. Chir. Marseille

25 Novembre 1928

Ossification parapleurale

Soc. Chir. Marseille

17 Décembre 1928

Plaie sèche de l'artère poplité. Ligature. Résultat après la 2ème année.

Soc. Chir. Marseille

3 Décembre 1928

Fracture cervico-trochantérienne traitée par vissage.

Soc. Chir. Marseille

7 Janvier I929

Cancer du sein chez l'homme.

Soc. Chir. Marseille

6 Mai I929

Fibromes primitifs du ligament large Article In. Journal, La science médicale pratique, I5 Juillet I929.

Calcification de la synoviale du genou.

Soc. Chir. Marseille

Décembre I929

Tétanos mortel post-opératoire

Soc. Chir. Marseille

Janvier I930

Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée, double ostéotomie. Résultat après la 7ème année.

Perforation typhique opérée après la I8ème heure. Extériorisation. Nouvelle perforation au 20ème jour sur l'anse extériorisée. Guérison.

Soc. Nat. de Chir.

22 Février I930

Rapporteur : Monsieur ROUX-BERGER

Syndrome d'appendicite aiguë par torsion de l'organe.

Soc. Chir. Marseille

3 Février I930

Sarcome aponévrotique de l'avant-bras

Soc. Chir. Marseille

3 Mars I930

Hémorragie de la puberté et hyperovarie

Soc. Chir. Marseille

7 Avril I930

Le Progrès Médical, 5 Juillet I930

Résultat au 3ème mois d'une double ostéosyntèse pour fracture diaphysaire des os de l'avant-bras.

Soc. Chir. Marseille

5 Mai 1930

Sept interventions pour ulcéres gastro-duodénaux perforés. Six guérisons. Traitement indirect.

Soc. Chir. Marseille

12 Mai 1930

Résection pour ostéo-arthrite bacillaire. Mort par granulie pulmonaire.

Soc. Chir. Marseille

19 Mai 1930

Syncope grave après rachianesthésie, injection intra-cardiaque d'adrénaline. Guérison.

Soc. Chir. Marseille

2 Juin 1930

Sacralisation douloureuse avec I2ème cote courte et anomalie d'ossification des apophyses transverses lombaires.

Soc. Chir. Marseille

Juin I93I

Hématome du cordon simulant une orchite aiguë de l'adolescence.

Rapport sur une observation de Monsieur SALMON.

Soc. Chir. Marseille

Juillet I93I

Les occlusions post-opératoire précoces. Revue Médicale de France et des Colonies.

Juin I93I

Occlusion intestinale et grossesse.

Le Progrès Médical

29 Août I93I

Association de cancer et de mastite syphilitique diffuse.

En collaboration avec Lucien CORNIL

Revue Médic. de France et des Colonies

Août 1931

Appendicite aiguë et irréductibilité herniaire.

Soc. Chir. Marseille

Octobre 1931.

Appendice gangréné éliminé spontanément après incision d'abcès appendiculaire.

Soc. Chir. Marseille

Octobre 1931

Kyste hydatique du foie calcifié et ouvert secondairement dans le duodénum.

Soc. Nat. Chir.

Bulletin du 20 Juin 1931

Monsieur ROUX-BERGER, rapporteur.

Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoide.

Lipome du coecum ayant entrainé une invagination iléo céco-colique.

Soc. Nationale Chirurgie

Bulletin du II Juillet I93I

Monsieur MONDOR, rapporteur.

Traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. Indications. Technique. Résultats.

I volume I20 pages. MASSON, éditeur.

Paris I93I

Collection Médecine et Chirurgie pratique .
